

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

306

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Herscu HERSCOVICI

Né le 19 Septembre 1909, à MOINESTI (Roumanie)

LE CHANCRE SYPHILITIQUE,
ACCIDENT PROFESSIONNEL
DU
MÉDECIN ET DE SES COLLABORATEURS

Président : M. GOUGEROT, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1936

ANNÉE 1936

THÈSE

N° _____

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Herscu HERSCOVICI

Né le 19 Septembre 1909, à MOINESTI (Roumanie)

LE CHANCRE SYPHILITIQUE,
ACCIDENT PROFESSIONNEL
DU
MÉDECIN ET DE SES COLLABORATEURS

Président : M. GOUGEROT, professeur.

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1936

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

ROUVIERE
 Léon BINET
 STROHL
 DESGREZ
 Robert DEBRÉ
 BRUMPT
 BAUDOUIN
 ABRAMI
 CHEVASSU
 ROUSSY
 CHAMPY
 TUFFINEAU
 HARVIER
 TANON
 BALTHAZARD
 LAIGNEL

LAVASTINE

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

FIESSINGER
 Maur. VILLARET
 LOEPER
 CARNOT
 CLERC

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Marcel LABBÉ
 LEREBoullet
 NOBECOURT
 H. CLAUDE
 GOUGEROT
 GUILLAIN
 LEMIERRE
 CUNEO

Clinique chirurgicale

GOSSET
 GREGOIRE

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

LENORMANT
 TERRIEN

Clinique d'accouchements

MARION
 BRINDEAU

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Cardiologie clinique

COUVELAIRE
 JEANNIN
 MOCOQUOT
 OMBREDANNE
 RATHERY
 LEMAITRE
 Pierre DUVAL
 SERGENT
 BEZANCON
 MATHIEU
 LAUBRY

Professeurs sans chaire

HOVELACQUE
 MULON
 OLIVIER
 VERNE



II. — Agrégés en exercice

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BERNARD Henri Pathologie médicale.
 BERNARD Et... Pathologie médicale.
 BESANCON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK
 BRENTANO Pathologie chirurgicale.
 GAILLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.

DE GAUDART
 D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LABBE Henri.. Chimie biologique
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale
 LELONG Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUEN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE.	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHEZ	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE.	} Clinique médicale	
AUBERTIN		
BRULE		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
VALLERY-RADOT		
(Pasteur).		
MEZARY		

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROCC		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER .		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ		
VELTER		
ECALLE		
GUENIOT	} Clinique obstétricale	
LE LORIER		
LEVY-SOLAL ...		
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
PHILIBERT, agrégé.....	Stomatologie.
RUPPE	Microbiologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549904_0058

A MES GRANDS-PARENTS

A MA MERE ET A MON PERE

L'expression de mon amour filial et de toute ma reconnaissance pour les sacrifices qu'ils ont toujours fait pour moi.

A MES SŒURS

A MON ONCLE JOSEPH MOISE

Chirurgien-Dentiste

Qui a été pour nous un aide des plus précieux au cours de nos études.

Nous tenons à lui exprimer ici notre grande reconnaissance.

A SA FEMME

Avec tous nos remerciements pour tout ce qu'elle a pu faire pour nous.

A TOUS LES MIENS

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur GOUGEROT

Professeur de Clinique de Maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine

*..Nous le remercions du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse.*

A notre Maître

Monsieur le Docteur Georges BASCH

Médecin de l'Hôpital Tenon

*Qui nous a inspiré cette thèse et guidé
de ses conseils précieux dans sa prépara-
tion.*

*..Nous le remercions de nous avoir ac-
cueilli dans son service et de nous avoir
toujours encouragé et nous le prions de
recevoir ici un faible témoignage de notre
profonde reconnaissance.*

A nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux

INTRODUCTION

Dans son « *Traité des chancres extragénitaux* », Fournier consacre quelques pages des plus intéressantes aux accidents primitifs du médecin et de ses collaborateurs et après divers auteurs tant en France qu'à l'étranger ont apporté des nombreuses observations sur ce même sujet ; mais aucune thèse n'a encore été consacrée à cette question.

Il nous a paru intéressant maintenant, le médecin connaissant bien cette grande maladie sociale et la combattant par une thérapeutique efficace qui a changé complètement le pronostic toujours sombre d'autrefois, de faire une étude d'ensemble sur ce sujet.

En apportant un certain nombre d'observations d'accidents syphilitiques primaires chez des médecins ou chez leurs collaborateurs — étudiants, sages-femmes ou infirmiers — d'étudier, après avoir jeté quelques courts regards sur l'historique de la question, les formes les plus fréquentes de ces chancres professionnels, d'examiner quelle est leur étiologie habituelle et d'insister sur le besoin d'une prophylaxie qui seule pourrait limiter le nombre des victimes de cet accident professionnel, qui paraît moins fréquent qu'il n'est en réalité.

A cette question de la syphilis primaire du médecin et de ses aides, nous voudrions apporter notre contribution à l'occasion de quelques observations inédites que notre maître Basch a mis à notre disposition.

HISTORIQUE

Les premières connaissances sur la syphilis paraissent dater du xv^e siècle. Elle est dénommée alors le « mal italien », et comme cette affection est confondue à ce moment avec les autres maladies vénériennes, nul doute qu'à cette période on ne peut pas parler de syphilis extragénitale professionnelle.

C'est à Ricord, au xix^e siècle, qu'on doit l'étude systématique de la maladie et c'est lui le premier qui parle des chancres extragénitaux, décrit de nombreux accidents des doigts et, en 1850, un chancre oculaire.

Il apporte des observations de médecins contaminés par la syphilis au cours de l'exercice de leur profession.

Mais c'est Fournier, dans son étude si complète de 1897, qui décrit longuement pour la première fois la syphilis professionnelle du médecin en apportant de nombreuses observations, que nous citerons souvent au cours de notre étude.

Depuis Fournier, les progrès de la syphiligraphie ont été très importants et les observations se sont succédé les unes après les autres, montrant la fréquence relative avec laquelle l'affection pourrait se rencontrer.

En France on trouve des études sur la syphilis médicale dans le « Traité de la syphilis » de Jeanselme par Milian, par Gougerot dans le « Traitement de la syphilis en clientèle », par Sézary et ses collaborateurs dans l'étude sur la syphilis de l' « Encyclopédie médico-chirurgicale », par Carle et Lacassagne dans le « Traité des Maladies vénériennes », etc., etc.

Les observations de Louste, de Basch et Thibaut, de Clément Simon et Bienfait dans sa thèse sur les chancres professionnels des doigts, de 1925, décrivent des cas très démonstratifs.

En Angleterre, deux études sont à citer : la première, déjà ancienne, du Professeur Sir Dunkan Bulkley dans son traité « Syphilis in the innocent », cité souvent par Fournier, la seconde en 1905 de Montgommery, « The acquisition of syphilis professionally by medical men ».

En Espagne, en 1914, Sainz de Aja rapporte des observations des chancres professionnels du chirurgien.

En 1929, une étude extrêmement intéressante est faite par deux médecins russes, Dytkleski et Slygnzo, sur 51 cas de médecins, infirmiers, sages-femmes, contaminés par la syphilis.

En 1936, la « Nouvelle pratique dermatologique » reprend dans quelques pages la question de la syphilis professionnelle chez le médecin.

Il est intéressant, du point de vue historique, de rappeler qu'en Russie on procédait à l'extraction des

corps étrangers de l'œil par le léchage de la langue.

Le médecin procédant à cet examen ne pouvait en échange que devenir le porteur d'un chancre si le patient était un syphilitique.

De même l'habitude, heureusement délaissée aujourd'hui chez les israélites, d'arrêter l'hémorragie provoquée au cours de la circoncision par la succion, était une source certaine d'accident syphilitique en même temps que professionnel, quand il s'agissait d'un nouveau-né hérédos-spécifique.

La coutume des médecins d'Annam de sucer les plaies de leurs clients n'était pas moins dangereuse pour la contamination du praticien par la syphilis.

ETIOLOGIE ET FREQUENCE

Etiologie

L'accident primitif de la syphilis du médecin s'observe rarement à l'hôpital.

Ces malades sont traités en ville et c'est pourquoi une statistique exacte est difficile à faire.

Fournier et tous les auteurs qui se sont occupés de cette question sont d'avis que parmi les malades atteints de chancres professionnels une place assez importante doit être réservée au corps médical.

Les plus atteints ne paraissent pas être les dermatosyphiligraphes, mais les médecins non spécialisés qui examinent des malades atteints de lésions en pleine évolution, sans prendre les mesures de prophylaxie.

Les accoucheurs et les sages-femmes paient un tribut assez lourd à la syphilis, car le toucher vaginal et l'accouchement chez des femmes syphilitiques sans les précautions d'usage transmettent la maladie.

Les oto-rhino-laryngologistes, les chirurgiens et les dentistes sont souvent victimes de leur profession.

Les infirmiers et même les garçons d'amphithéâtre ne sont pas épargnés quand les conditions de contamination sont créées.

La cause essentielle pour la pénétration du tréponème pâle dans l'organisme humain est : soit une lésion de discontinuité, même des plus légères, de la peau, soit le contact du spirochète de Schaudinn et Hoffman avec une muqueuse.

Les plus légères écorchures, comme par exemple « les envies », ont été souvent la cause des chancres syphilitiques des doigts.

Les boutons d'acné ou toute lésion de grattage du visage ont été maintes fois des facteurs prédisposants à des lésions syphilitiques chez des médecins un peu distraits qui, après avoir touché des lésions syphilitique en pleine évolution, portent leur main à la face ou au nez et s'inoculent le tréponème.

La blépharite est, elle aussi, souvent une cause prédisposante.

D'ailleurs, tout examen médical d'un syphilitique pratiqué sans gants risque d'infecter celui qui s'y livre, s'il est porteur de la plus petite des plaies.

Le cas célèbre de ce médecin — cité par la plupart des auteurs — qui étant appelé auprès d'un malade porteur d'un chancre syphilitique de la face antérieure de la verge, l'examine avec beaucoup de précautions, lui-même ayant une plaie qui saignait, est des plus instructifs : un second chancre existant sur la face postérieure du pénis entre en contact avec la plaie que le praticien croyait protégée et détermine un accident professionnel.

Les objets médicaux, comme le laryngoscope, les sondes, les abaisse-langues, et en général tout instru-

ment ayant servi à un syphilitique, si les conditions d'hygiène ne sont pas rigoureusement observées, deviennent les vecteurs de la maladie.

Les cautérisations de la gorge ou les simples examens d'un larynx couvert de plaques muqueuses chez un malade ayant des réflexes vifs, peuvent être le point de départ d'un chancre du visage ou de l'œil.

L'observation de Clément Simon et celle de Thibaut et de notre maître Basch en sont des preuves éclatantes.

Mais des causes des plus curieuses ont été décrites.

Ricord décrit le chancre de la joue qu'un médecin contracta à la suite d'un baiser d'une malade très satisfaite de ses soins, mais malheureusement encore couverte de plaques muqueuses de sa gorge.

Un autre médecin fut mordu par un enfant ayant des lésions spécifiques en évolution et ce traumatisme fut le point de départ d'un chancre.

Milian rapporte l'observation d'un chirurgien contaminé par le liquide d'une injection vaginale qu'il administrait à une femme syphilitique.

Nous ne voulons que rappeler pour mémoire les contaminations remarquées chez des médecins distraits.

Le cas décrit par Fournier nous montre un médecin grand liseur qui examine la gorge de son malade avec son coupe-papier qu'il avait malheureusement l'habitude de mettre souvent dans la bouche.

Un chancre syphilitique de la lèvre fut la conséquence de sa distraction.

Nous voyons donc combien sont nombreuses les manières d'être contaminé dans la pratique médicale.

Les chirurgiens, au cours des opérations sur des malades syphilitiques, peuvent être infectés à la suite d'une piqûre qui traverserait leurs gants.

Julien décrit le cas d'un chirurgien et de son aide qui se blessent au cours d'une suture pratiquée chez une syphilitique secondaire. La plaie se cicatrise vite, mais trente jours après une roséole apparaît, suivie de réouverture de la lésion initiale, montrant ainsi qu'il s'agissait d'une contamination syphilitique professionnelle.

Les accoucheurs et les sages-femmes sont fréquemment exposés à la contamination par la pratique du toucher vaginal chez des femmes ayant des lésions évolutives et aussi en insufflant des nouveau-nés hérédosyphilitiques par le procédé de bouche à bouche, mais la délivrance artificielle est encore la cause la plus fréquente de cet accident professionnel.

Le cas de Mme S..., soignée actuellement à la consultation du soir de l'hôpital Boucicaut, est des plus typiques.

Il s'agit d'une sage-femme qui fut contaminée il y a 19 ans au cours d'un accouchement d'une femme syphilitique et contracta un chancre de l'index droit. La malade ayant subi un traitement énergique n'a jamais présenté d'accident et ne revient à la consultation spéciale que pour consolider son traitement.

Les infirmiers ne sont pas épargnés non plus.

Le cas de Karitscheff, en 1925, chez une infirmière

panseuse, et celui décrit en 1930 dans les « Annales de Dermatologie » d'un infirmier atteint de perionixis qui tendait à guérir et dont l'examen à l'ultramicroscope démontra la nature syphilitique, sont très intéressants et montrent le danger que les pansements faits chez des syphilitiques sans toutes les précautions prophylactiques constituent pour les soignants.

L'autopsie des enfants hérédo-syphilitiques est une source rare mais certaine de contamination spécifique professionnelle.

Le cas cité par Hoffman d'un interne et de son aide, garçon d'amphithéâtre, contaminés tous deux au cours d'une telle opération, et devenus porteurs de chancre syphilitique des doigts, est des plus concluants.

Dans l'art dentaire encore, le praticien travaillant dans un milieu si propice pour le tréponème pâle et où les plaques muqueuses sont fréquentes, nous comprenons que les daviers ou autres instruments ne peuvent que faciliter la contamination du dentiste quand des conditions propices se présentent.

Les causes de contamination syphilitique du médecin et de ses collaborateurs sont donc très variées et nombreuses et c'est le fait que le médecin atteint est presque toujours soigné en ville qui donne une apparence de rareté à une infection professionnelle assez répandue.

Bienfait insiste sur ce point avec justesse dans sa thèse de 1925.

LES DIFFERENTS CHANCRES PROFESSIONNELS DU MEDECIN D'APRES LEUR SIEGE

Chancre de la main

C'est la localisation la plus fréquente du chancre professionnel du médecin ou de ses aides.

Fournier, dans sa statistique, montrait que sur 49 chancres de la main, 30 se trouvaient chez des médecins.

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que la main la plus exposée est la main droite, exception faite pour les gauchers.

La région dorsale du métacarpe est souvent exposée à la contamination. Le poignet est exceptionnellement atteint. Trois doigts sont surtout touchés : l'index, le médius et le pouce.

Deux caractères sont particuliers aux lésions spécifiques des doigts :

1° Ces chancres sont douloureux ;

2° Leur induration n'est pas localisée, elle occupe une grande étendue ; c'est une induration « en masse », dit Fournier.

Deux formes sont fréquentes :

a) La forme ulcéreuse ;

b) La forme érosive.

Siégeant au métacarpe, il prend une forme orbiculaire ; au niveau du bord supérieur de l'ongle, il est semi-lunaire.

Mais il y a des formes anormales. Parmi elles il faut citer l'aspect de panaris que le chancre prend souvent, ce qui rend le diagnostic souvent difficile ; fréquemment l'ongle est arraché et le diagnostic de syphilis est fait par les symptômes spécifiques secondaires, roséole surtout, qui apparaissent par la suite.

Milian décrit le cas d'un médecin étranger qui suivait assidûment les travaux de laboratoire de son service et qui le consulte pour des maux de gorge persistants.

La présence des plaques muqueuses et une sérologie positive font porter le diagnostic de syphilis secondaire.

La recherche des antécédents montra que quelques mois plus tôt le médecin avait subi l'arrachement d'un ongle à la suite d'un panaris.

Une région anormalement indurée persistait et montrait la porte d'entrée du tréponème.

D'autres fois on voit le chancre s'hypertrophier et prenant la forme d'une véritable tumeur.

Des formes fongueuses avec de nombreuses végétations qui font penser à la tuberculose ou aux néoplasmes, se voient plus rarement.

L'adénopathie, rarement absente, est comme toujours l'élément le plus précieux du diagnostic.

Elle a tous les caractères des ganglions syphilitiques et siège toujours au niveau de l'épitrachée.

Des études des plus intéressantes sur cette question des chancres de la main ont été faites par Loust Braun et Marin, par Bienfait dans sa thèse de 1925, par Fly-Sainte-Marie, par Petges et Gauthier, par Pautrier et Zorn à Strasbourg, et en 1936 par Rabut dans « l'Hôpital ».

Nous compléterons cette étude des chancres de la main par la description de quelques observations inédites.

Notre maître Basch a bien voulu mettre à notre disposition l'observation inédite qui suit :

Obs. I. — Il s'agit d'un malade de 47 ans, médecin praticien à Paris, ayant une bonne santé, qui vient consulter en juin 1935 pour une plaie de l'index datant de 15 à 18 jours, sans tendance à la cicatrisation.

Le début est obscur et c'est la persistance de la plaie qui amène le malade consulter.

Examen : On note à la face pulpaire de l'index droit une petite saillie bourgeonnante à bords décollés, suppurante, saignant facilement, entourée d'une collerette épidermique, ayant l'aspect d'un botryomycome.

Il n'y a pas de lymphangite. On ne recherche pas à cette période l'adénopathie épitrochléenne.

L'aspect de la plaie est modifié et méconnaissable par l'application de nombreux topiques.

Considérée comme un botryomycome la lésion est traitée comme telle : aux ciseaux une partie des tissus mortifiés ; on fait un curettage et on coagule le fond.

Les suites sont normales, le malade part en vacances et un mois après, par téléphone, il relate la présence des lésions palmaires qui lui paraissent suspectes.

L'examen du malade montre la présence d'une roséole

maculeuse du tronc, des syphilides palmo-plantaires, des plaques muqueuses hypertrophiques des aisselles, des séborrhéides syphilitiques commissurales et mentonnières.

Le malade est pâle et très fatigué.

La sérologie est positive.

La femme du malade n'a pas été contaminée.

La lésion de l'index était cicatrisée et il n'y avait pas d'adénopathie épitrochléenne.

Obs. II-III. — De l'amabilité de M. G. Sauphar, médecin assistant à la Maternité de l'hôpital Lariboisière, à qui nous exprimons ici nos plus vifs remerciements, nous tenons les deux observations inédites qui vont suivre :

a) Il s'agit d'un étudiant en médecine âgé de 28 ans, faisant son stage d'accouchement, qui vient consulter pour une lésion dermatologique du médius droit qui durait depuis une quinzaine de jours et qui, malgré les nombreux topiques employés, ne se cicatrisait pas. Le malade ne se plaignait d'aucune douleur.

A l'examen local on est en présence d'une lésion bourgeonnante, végétante, qui rappelle le botryomycome.

La recherche de l'adénopathie montre la présence d'un ganglion épitrochléen.

L'examen général fait apparaître à l'inspection du thorax et sur ses côtés seulement une éruption discrète, maculeuse, d'un rose pâle, véritable roséole qui ne permet pas de douter de la nature syphilitique des lésions.

Le Bordet-Wasserman fut fortement positif.

La recherche des antécédents a montré que le malade avait effectué, quelques semaines auparavant, une délivrance artificielle, sans se munir de gants, chez une accouchée qui présentait des plaques muqueuses vaginales.

Le traitement fut institué immédiatement et les lésions n'ont pas tardé à guérir.

b) Cette seconde observation concerne une jeune sage-femme qui vient consulter pour une plaie du poignet droit apparue il y a environ trois semaines et qui, malgré les soins locaux, ne guérit pas complètement.

La malade ne souffre pas, n'a pas de fièvre, ni aucune altération de l'état général.

L'inspection montre à la base du pouce droit une lésion croûteuse, arrondie, de la grandeur d'une pièce de 1 franc.

Après avoir enlevé la croûte, on est en présence d'une lésion, d'une régularité parfaite, de couleur chair musculaire et qui ne suppure pas.

La palpation montre qu'elle n'est pas indurée et dans la région épitrochléenne elle fait découvrir un ganglion, dur et non douloureux.

La recherche de l'origine de l'affection fait apprendre que la malade a effectué, munie de gants, une délivrance artificielle, mais que, pendant la manœuvre, il s'est produit une déchirure de la manche du gant mettant le poignet à nu.

Le diagnostic de chancre syphilitique étant soupçonné, un examen à l'ultramicroscopie est fait. Il met en évidence la présence du tréponème et fixe le diagnostic de chancre syphilitique du poignet, localisation extrêmement rare.

Le Bordet-Wasserman fortement positif ne fait que confirmer le diagnostic déjà établi.

La malade immédiatement mise à un traitement énergique, la lésion du poignet ne tarde pas à se cicatriser et sans qu'apparaissent de phénomènes de syphilis secondaire.

Chancres de l'œil

Des observations et des études des plus intéressantes ont été publiées sur cette question par Blanchard dans les « Annales d'Oculistique » de 1923 et par Juvin dans le « Dauphiné Médical » de la même année, en 1929 par Guyot dans le « Journal de Médecins de Bordeaux », par Loust et Thibaut, par Yvert, par Clément Simon, par Basch et Thibaud en 1931.

1. — Chancre de la conjonctive.

Parmi les chancres de l'œil celui de la conjonctive intéresse le plus le médecin.

Les oto-rhino-laryngologistes sont le plus souvent atteints.

Dans le « Bulletin de la Société française de Dermatologie » de 1925, Clément Simon décrit le cas d'un médecin qui fut contaminé à la suite d'un examen d'une gorge couverte de lésions syphilitiques en évolution et présenta un chancre de la conjonctive palpébrale.

Louste et Thibaut en 1929, Basch et Thibaut en 1931, décrivent des cas chez des oto-rhino-laryngologistes et les auteurs insistent sur la nécessité, en présence de conjonctivites un peu spéciales, de penser au chancre de la conjonctive et de faire les examens de laboratoire, qui préciseront le diagnostic.

On observe le chancre de la conjonctive une fois sur 15 chancres professionnels du médecin.

La contagion la plus fréquente se fait par la projection de salive d'un malade syphilitique.

Fournier rapporte le cas d'un professeur, d'un interne et de cinq médecins atteints de syphilis conjonctivale, à la suite d'un examen de gorge.

La blépharite, la conjonctivite, l'eczéma la favorisent.

Le chancre de la conjonctive siège le plus souvent au niveau du grand angle de l'œil. Plus rarement il se trouve au niveau du petit angle.

Le premier se présente comme une petite tumeur dure et irrégulière.

Le second apparaît sous la forme d'un chancre fissuraire. Siégeant en pleine conjonctive, le chancre est étalé et très induré.

Très souvent il prend l'aspect d'une conjonctivite banale et on a décrit aussi des formes ulcéreuses où diphtéroïdes.

L'adénopathie qui accompagne cet accident primaire doit être recherchée dans les régions préauriculaire, parotidienne et plus rarement sous-maxillaire.

2. — Autres localisations du chancre de l'œil.

Plus rarement et surtout par l'intermédiaire des instruments médicaux (compresses, stylets, compte-gouttes), le médecin peut être le porteur d'un chancre de l'œil siégeant au niveau de la paupière où il prend la forme d'une amande, ou au niveau du bord ciliaire où il se présente comme une petite tumeur.

L'adénopathie siège aux mêmes régions et présente les mêmes caractères que pour la conjonctive.

Nous terminerons ce chapitre du chancre syphilitique de l'œil par la description de deux observations des plus intéressantes.

Obs. IV. — Louste et Thibaut publient dans le « Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie » de juillet 1929 le cas d'un oto-rhino-laryngologiste qui était venu consulter pour une éruption du thorax dont la nature ne pouvait faire doute dès le moindre examen car il s'agissait d'une roséole typique.

L'accident primitif avait été diagnostiqué : conjonctivite banale, à la suite de plusieurs examens par des ophtalmologistes des plus distingués.

A l'examen on remarquait localement la persistance d'une induration œdémateuse et la présence d'une adénopathie prétragienne et parotidienne.

Les auteurs, tout en reconnaissant la grande difficulté du diagnostic, montrent qu'on ne pense pas assez, en présence d'une conjonctivite à la possibilité d'un chancre de l'œil et insistent sur la nécessité de faire un examen à l'ultramicroscope pour s'assurer de l'absence ou de la présence du tréponème de Schaudinn et Hoffman.

Obs. V. — Dans la « Prophylaxie antivénérienne » de 1931 notre maître Basch publie avec Thibaut l'observation suivante :

« Le 15 février 1930, notre confrère, le Docteur X..., 46 ans, oto-rhino-laryngologiste dans une importante ville de province, vient consulter l'un de nous pour une tuméfaction de l'angle interne de l'œil droit qu'il présente depuis trois semaines environ.

« Le début s'est fait d'une façon d'autant plus insi-

dieuse que le Docteur X..., sujet à des eczématides du front et de la face, et à des poussées de blépharite prurigineuse, n'a songé à s'inquiéter que du fait de l'apparition d'un ganglion prétragien et d'une adénopathie sous-angulo-maxillaire homolatérale. Il est alors allé consulter un confrère ophtalmologiste qui a posé le diagnostic d'une infection banale de l'orifice lacrymal et qui a prescrit des soins de désinfection locale.

« Notre examen nous montre un gonflement bien limité des téguments de l'angle interne de l'œil déterminant un contact entre les parties les plus internes des paupières inférieures et supérieures sur une longueur de 1/2 centimètre, tuméfaction d'un rouge violacé et de la taille d'une lentille. Il n'y a pas trace d'ulcération, mais il apparaît un peu de séro-pus au contact de la conjonctive oculaire, légèrement injectée au voisinage de la lésion. A la palpation, pas d'induration nette, mais un empatement limité non douloureux. On note la présence d'un ganglion prétragien, petit, élastique, roulant sous le doigt, et de quelques ganglions sous-angulo-maxillaires droits et sous-mentaux, nettement augmentés de volume et indolores. L'examen somatique est totalement négatif.

« Notre impression est qu'il s'agit probablement d'une infection streptococcique atténuée à point de départ lacrymal, cependant l'allure torpide de l'affection et l'adénopathie satellite nous incitent à formuler quelques réserves mentales et à pratiquer un examen sérologique : les réactions de Wasserman et de Hecht se montrent totalement négatives, mais le Desmoulières est nettement positif (H_2) ; le surlendemain, un nouvel examen sérologique pratiqué dans deux laboratoires différents lève tous les doutes (Bordet-Wassermann, Hecht et Desmoulières très fortement positifs).

« Il s'agit donc sans hésitation possible d'un chancre

syphilitique de l'angle interne de l'œil, cutanéomuqueux, succédant à la projection de particules salivaires virulentes au cours d'une laryngoscopie, ainsi que nous avons pu le vérifier par la suite, en faisant appel aux souvenirs de notre malheureux confrère. Soumis tout aussitôt à un traitement mixte arséno-bismuthique, le Docteur X... vit guérir en quelques jours sa mystérieuse lésion, tandis que diminuaient progressivement les ganglions tuméfiés ; trois mois après, la sérologie était totalement négative et le traitement se poursuit sans incident notable. »

Chancres buccaux

Bien plus rarement observés que les accidents syphilitiques primaires décrits plus haut, les chancres de la bouche sont surtout l'apanage des accoucheurs et des sages-femmes qui raniment les nouveau-nés en pratiquant l'insufflation de bouche à bouche.

Le plus fréquent de ces chancres est celui de la lèvre.

Fournier montre que sur 435 chancres de la bouche 328 sont labiaux.

La lèvre supérieure est bien plus souvent touchée que l'inférieure.

Une autre localisation fréquente des chancres buccaux est la langue.

La lésion siège le plus souvent au tiers supérieur et antérieur de la langue. Rarement on la trouve à la pointe ou sur les bords latéraux.

Le chancre syphilitique de la langue se présente d'habitude sous la forme d'une petite érosion, dure et non douloureuse.

On décrit rarement des chancres géants, ulcéreux et douloureux. Des formes scléreuses ou des chancres en rhagade, étoilés, existent également.

L'adénopathie qui accompagne les chancres buccaux est toujours considérable. Elle siège dans la région sous-maxillaire.

Le chancre syphilitique de la bouche a été l'objet d'études nombreuses et celles de Burnier en 1923, de Petges en 1926, de Galliot et Boltanski en 1927, et de Belgodere en 1931, dont nous nous sommes servi particulièrement, sont des plus instructives.

Chancres du visage

a) Chancre syphilitique du nez.

Le plus intéressant parmi ces chancres est celui qui siège au niveau de la pituitaire ou des narines. Le médecin est rarement porteur d'une telle lésion mais sa contamination est possible soit par la projection de salive au moment d'un examen d'une gorge malade, soit indirectement par les doigts qui ont touché des lésions virulentes.

Fournier décrit le cas d'un médecin qui, après avoir examiné un syphilitique porteur de plaques muqueuses, porte sa main à son nez, où il avait un bouton d'acné qu'il égratigne et s'inocule le tréponème.

Le chancre du nez siège le plus souvent soit au niveau de la pituitaire, soit dans la région vestibulaire. On observe surtout trois formes :

1° Le chancre érosif, le plus fréquent ;

2° Le chancre néoplasique, de diagnostic très difficile ;

3° Le chancre impétigineux.

Exceptionnellement il peut prendre la forme d'un érysipèle.

Le chancre du nez s'accompagne toujours de ganglions sous-maxillaires.

Bernea, dans les « Annales des Maladies vénériennes » de 1925, Hudelo-Dumet et Filhoulaud dans le « Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie » de 1926, Zeissler en 1927 et Ataolah Khan Samiy en 1929, ont particulièrement étudié la question du chancre syphilitique du nez.

b) Chancre du menton.

Localisation exceptionnelle mais toujours possible chez un médecin ayant des boutons d'acné, des lésions de grattage ou une plaie du menton.

Ce chancre est généralement de grandes dimensions. Il est le plus souvent d'une régularité parfaite, comme tracé au compas.

Souvent il prend l'aspect d'un impétigo banal mais d'une très grande étendue.

L'adénopathie sous-maxillaire et cervicale l'accompagne dans tous les cas, aidant dans une grande mesure pour poser un diagnostic exact.

LE DIAGNOSTIC

Le chancre extragénital, accident professionnel du médecin ou de ses aides, n'est pas toujours d'un diagnostic facile, bien au contraire, et c'est souvent les lésions de syphilis secondaire qui viennent fixer la nature exacte d'un mal dont l'accident primitif fut confondu avec d'autres affections dont il épousait les signes cliniques.

Bien entendu les chancres des doigts survenus chez des médecins-accoucheurs ou chirurgiens dans des circonstances qui, à l'apparition des lésions, seront presque des signes de certitude en ce qui concerne la contamination, sont d'un diagnostic des plus faciles.

Le cas célèbre de ce médecin qui, ayant une plaie au doigt, se contamine en examinant un chancre syphilitique de la verge et que nous avons décrit dans notre étude, ne posait certainement aucun problème embarrassant et le diagnostic ne fut que trop évident et facile.

Mais la porte d'entrée du spirochète de la syphilis étant une de ces « envies » que porte souvent le pourtour des ongles et l'accident primaire s'étant développé sous la forme d'un panaris, ce dernier diagnostic est souvent porté et une thérapeutique consistant

dans des incisions ou même l'arrachement de l'ongle est ordonnée par le chirurgien.

Mais, plus tard, les lésions se rouvrent ou tardent à guérir et l'apparition d'accidents de syphilis secondaire (angine, roséole, chute des cheveux, etc.) démontrent l'erreur de diagnostic et font la preuve de la nature syphilitique de la lésion primitive.

Les auteurs ont souvent décrit des cas de syphilis reconnus seulement à la période secondaire.

Les observations rapportées par Weiss sont des plus intéressantes.

Obs. VI. — Il s'agit d'un médecin venant consulter pour une éruption psoriasiforme palmo-plantaire.

L'examen complet montre des signes de syphilis secondaire et la sérologie est fortement positive.

La lésion initiale fut un panaris qui avait commencé deux mois auparavant et qui n'était pas encore guéri. Un ganglion épitrochléen l'accompagnait.

Obs. VII. — Elle concerne un étudiant en médecine qui était venu consulter pour de la céphalée et des douleurs nocturnes.

L'inspection montrait une pigmentation suspecte de la région cervicale.

Le Bordet-Wasserman était fortement positif.

La lésion initiale subsistait sous forme d'une tuméfaction de la région phalango-phalangienne. Deux ganglions épitrochléens l'accompagnaient.

L'auteur insiste avec raison sur la grande difficulté du diagnostic.

Mais combien de fois les formes hypertrophiques et les formes fongueuses avec végétations, surtout chez des sujets d'un âge un peu avancé, n'ont-elles pas été confondues avec la tuberculose ou les néoplasmes et le diagnostic réellement difficile n'a-t-il été précisé que par l'évolution ?

Le chancre de la conjonctive pose souvent des problèmes des plus délicats et risque parfois d'être méconnu.

Les observations que nous avons reproduites en étudiant le chancre syphilitique de la conjonctive démontrent suffisamment combien ce diagnostic peut devenir compliqué et les auteurs insistent sur l'importance de l'adénopathie, de l'examen à l'ultramicroscope de la lésion ou du produit de la ponction d'un ganglion et de la sérologie.

Le diagnostic des chancres buccaux n'est pas non plus des plus faciles et souvent ils sont confondus avec une stomatite, une amygdalite ou une angine de Vincent.

Plus rarement un chancre de la lèvre ou de la langue a été pris pour un épithélioma ou pour une lésion tuberculeuse.

Les examens de laboratoire deviennent dans ces cas absolument indispensables pour porter un diagnostic exact.

Le chancre du nez ne doit pas être confondu avec un érysipèle ou l'impétigo et on a vu prendre pour un sarcome une lésion spécifique du nez après avoir fait un examen anatomo-pathologique jusqu'au jour

où une roséole typique rétablissait le vrai diagnostic (Bezançon et Philibert).

La difficulté de diagnostic des chancres extragénitaux qu'on rencontre chez le médecin ou chez ses collaborateurs est donc souvent très grande et en présence d'une lésion dont la nature paraît le moins du monde suspecte, il faudra mettre en œuvre tous les éléments de diagnostic clinique ou de laboratoire qui permettront de ne pas se tromper sur son origine exacte et de pouvoir agir le plus vite possible.

PRONOSTIC

Le chancre extragénital en général était considéré par les anciens auteurs comme ayant « mauvaise réputation ».

L'accident professionnel du médecin est souvent l'origine d'une syphilis nerveuse ultérieure et Milian rappelle le cas de ce médecin qui, victime de sa profession, mourut à la suite d'une paralysie générale.

Fournier, dans son traité des chancres extragénitaux, s'élève contre la tendance de considérer systématiquement la syphilis extragénitale comme étant toujours d'un mauvais pronostic et explique qu'il s'agit dans le cas d'évolution grave surtout d'une question de terrain débile, résistant mal à toutes les infections. Le médecin est en général un être fatigué à cause de sa profession qui lui laisse peu de répit et si l'évolution vers la syphilis nerveuse se voit parfois, elle est souvent due à la vie de surmenage que le praticien est obligé de mener.

La question du traitement, si importante du point de vue du pronostic, est souvent négligée par le médecin et s'il soigne avec dévouement les autres, lui-même s'oublie et se néglige.

Enfin nous avons vu au cours de cette étude qu'un diagnostic précoce est malheureusement rarement porté et le retard apporté au traitement ne fait

qu'augmenter les chances d'un pronostic réservé en ce qui concerne l'évolution de la maladie.

En dehors de ces circonstances et avec les moyens modernes de diagnostic et de traitement, le pronostic du chancre syphilitique du médecin n'est nullement plus sombre que chez les autres humains.

PROPHYLAXIE

Nous avons étudié les nombreux modes de contamination possible d'un médecin ou de ses collaborateurs par la syphilis.

Nous avons vu qu'il suffit d'une écorchure, la plus petite, la plus superficielle, d'une « envie », pour servir de porte d'entrée au tréponème de Schaudinn et Hoffman.

Nous allons donc passer en revue les divers moyens prophylactiques grâce auxquels le praticien peut échapper à la contamination.

a) Tout toucher vaginal, toute délivrance artificielle, ne doivent jamais être pratiqués mains nues, ni avec des doigtiers dits « en baudruche », qui peuvent se déchirer et ne plus protéger la main exploratrice.

Milian insiste, dans le « Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie » de juillet 1912, sur l'utilité des protecteurs en caoutchouc et dans la « Nouvelle pratique dermatologique » il montre la nécessité de porter des gants en pratiquant toute exploration gynécologique.

L'exemple qu'il cite justifie pleinement son idée. Il s'agit d'un médecin qui, examinant une femme, se munit, pour pratiquer le toucher vaginal, d'un pro-

tecteur en caoutchouc qui ne couvrait que ses doigts explorateurs.

La malade étant couverte de plaques muqueuses, un chancre syphilitique apparut à la base d'un doigt, région que le doigtier ne protégeait pas.

b) Les moindres érosions, les « envies » doivent être couvertes par des petits attouchements au collodion ou par des petits pansements protecteurs.

c) Après toute piquûre suspecte, savonnage immédiat de la région, désinfection à l'alcool à 90° et application de la pommade à l'oxyde de mercure préconisée par Gougerot.

d) Désinfection complète et immédiate de tous les instruments médicaux ayant servi à l'examen des malades, car nous savons quelle source importante de contagion ils constituent autant pour le médecin que pour sa clientèle.

Sézary, dans l' « Encyclopédie médico-chirurgicale », insiste sur ce point.

Sir Dunkan Bulkley décrit dans son « Syphilis in the innocent », l'épidémie des chancres syphilitiques par le cathétérisme de la trompe d'Eustache, et dans la « Nouvelle pratique dermatologique » Milian rappelle l'épidémie de syphilis observée en 1850 en Finlande à la suite de la pose des ventouses dans des conditions d'hygiène déplorables.

e) Les oto-rhino-laryngologistes, les syphiligraphes particulièrement et tout médecin en général, devraient porter de grandes lunettes au moment des

examens de gorge chez des malades suspects de syphilis.

Clément Simon préconise ce procédé et les observations des chancres de la conjonctive ne font que démontrer la nécessité de ce moyen.

Jeanselme, dans son traité sur la syphilis, demande pour éviter toute contagion possible à la suite des examens ou des soins de gorge l'emploi d'un châssis vitré, suspendu au plafond, et qu'on puisse abaisser à volonté et interposer entre la figure du malade et celle de l'examineur.

f) Les accoucheurs et les sages-femmes devraient s'abstenir de pratiquer l'insufflation des nouveau-nés par le procédé dit « de bouche à bouche », car il est la source d'une contamination presque certaine quand il s'agit d'hérédo-syphilitiques.

h) Les chirurgiens et les infirmiers, maintenant que la notion, largement démontrée par les transfusions sanguines si fréquentes aujourd'hui, que le sang des syphilitiques secondaires est virulent, doivent veiller à la protection complète de leurs mains pendant l'opération et au cours des pansements.

Nous rappelons encore les sources de contamination que la blépharite, l'eczéma et toute lésion de grattage peuvent constituer, et le médecin devra penser à ne pas toucher ses lésions après avoir examiné des malades et à procéder tout de suite, après tout examen, à la désinfection de ses mains.

Tels sont les moyens de prophylaxie que les auteurs préconisent pour empêcher le médecin d'être victime de sa profession et l'empêcher de devenir une source de contagion pour ses malades.

CONCLUSIONS

L'objet de notre thèse est l'étude étiologique, clinique, prophylactique et le diagnostic du chancre syphilitique professionnel du médecin et de ses collaborateurs.

De cette étude ressortent les conclusions suivantes :

I. — La fréquence du chancre professionnel est plus grande qu'on ne pourrait le supposer, la plupart des cas étant soignés en ville et une partie d'entre eux n'étant pas publiés.

Les syphiligraphes ne sont pas touchés plus fréquemment que les autres spécialistes, au contraire les accoucheurs et les oto-rhino-laryngologistes sont relativement plus atteints.

II. — La localisation du chancre professionnel se fait le plus souvent à la main.

Trois doigts sont surtout atteints : l'index, le médium et le pouce.

Parmi les autres localisations une place importante doit être réservée à la conjonctive.

L'aspect clinique reproduisant une lésion banale (pyodermite, panaris, botryomycome, conjonctivite) fait souvent méconnaître la nature exacte des lésions.

III. — Les difficultés de diagnostic des chancres professionnels sont les mêmes que celles que l'on rencontre dans l'identification des chancres extra-génitaux dont la vraie nature reste longtemps méconnue et souvent le diagnostic n'est posé qu'à la période secondaire.

IV. — Le pronostic dans ces cas n'est pas plus mauvais que celui des autres chancres syphilitiques.

V. — Nous avons enfin insisté sur la prophylaxie du chancre professionnel du médecin.

Le praticien devra se protéger à l'aide de gants, veiller à la désinfection soigneuse de ses mains.

Les examens de gorge et du larynx doivent se faire sous la protection de lunettes.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAOLLAH KHAN SAMIY. — Contribution à l'étude du chancre syphilitique du nez (1929).
- BASCH et THIBAUT. — Le chancre de la conjonctive, accident professionnel du médecin. (*Prophylaxie vénérienne*, n° 11, 1931).
- BEZANÇON et PHILIBERT. — *Pathologie médicale*, tome II, 1926.
- BIENFAIT. — Chancres syphilitiques des doigts. (*Thèse Paris*, 1925).
- BLANCHARD. — Du chancre syphilitique conjonctival de la paupière supérieure. (*Annales d'Oculistique*, 1923).
- BELGODERE. — Le deuxième cas de chancre syphilitique de l'amygdale linguale. (*Annales de Mal. vénériennes*, 1931).
- BERNEA. — Chancre syphilitique primaire et unique de la cloison. (*Annales de Mal. vénériennes*, 1925).
- BOLTANSKI. — Chancre syphilitique de la face inférieure de la langue. (*Revue de Stomatologie*, janvier 1927).
- BURNIER. — Chancre syphilitique de la langue. (*Bull. Soc. fr. Dermat. et Syph.*, 1923).
- CARLE et LACASSAGNE. — Précis de Maladies vénériennes.
- DUJARDIN. — Pronostic des chancres extragénitaux. (*Annales de Dermat. et Syph.*, 1919).
- DENTCHLYSKI et SLYGNKO. — Vratheb noe Delo, mai 1929.

FOURNIER. — Traité de la syphilis.

— Chancres extragénitaux, 1897.

FLY-SAINTE-MARIE. — Chancre syphilitique du pouce.

(*Bull. Soc. fr. de Dermat. et Syph.*, 1928).

GALLIOT. — Les chancres syphilitiques de la bouche.

(*Médecine stomatologue*, n° 58, avril 1927).

GOUGEROT. — Traitement de la syphilis en clientèle.

GUIGNARD. — Contribution à l'étude des chancres syphilitiques extragénitaux. (*Thèse Paris*, 1882).

GUYOT. — Chancre syphilitique de la paupière. (*Journal de Méd. de Bordeaux*, mai 1929).

HOFFMAN. — Dermatologische Wochenschrift, janvier 1929.

HUDELO, DUMET et FILHOULAUD. — Chancre syphilitique intranasal. (*Bull. Soc. fr. Dermat. et Syph.*, déc. 1929).

JEANSELME. — Traité de la syphilis.

JULIEN. — Courte note sur deux cas de syphilis d'emblée sans accident initial. (*Annales de Dermat. et Syph.*, 1901).

JUVIN. — Chancre syphilitique de la paupière inférieure. (*Dauphiné Médical*, 1923).

KARICHEFF. — Chancre induré de la partie inférieure de l'avant-bras chez une infirmière panseuse. (*Russkiwestnik Dermatologa*, n° 7, 1925).

LOUSTE et THIBAUT. — Chancre professionnel syphilitique de la conjonctive palpébrale chez un otorhino-laryngologiste. (*Bull. Soc. fr. Dermat. et Syph.*, juillet 1929).

MILIAN (G.). — Chancre syphilitique de la main. Utilité de protecteurs en caoutchouc. (*Bull. Soc. fr. de Dermat. et Syph.*, 1912).

— Les chancres extragénitaux. (*Revue générale de clinique et thérapeutique*, Paris, 1923).

— Traité de la syphilis de Jeanselme.

- Nouvelle pratique dermatologique (La Syphilis).
- MONTGOMMERY. — The acquisition of syphilis professionally by medicalmen, 1905.
- PELIZARRY. — La Spérimentale, Florence, 1862.
- PETGES, GAUTHIER. — Chancre syphilitique du pouce et accident de travail. (*Gazette des Sciences Méd. de Bordeaux*, 1926).
- PETGES, Le COULANT et DELAS. — Un cas de chancre syphilitique du médius. (*Soc. de Méd. et Chirurgie de Bordeaux*, juillet 1929).
- PAUTRIER et ZORN. — Chancre des doigts. (*Strasbourg*, novembre 1933).
- RICORD. — Traité de la syphilis.
- SIR DUNKAN BULKLEY. — Syphilis in the innocent.
- SAINZ DE AJA. — Inoculation operatoria d'un chancro syphilitico. (*Actas dermo-syphiligraficas*, mai 1914).
- SERRA. — De la syphilis extragénitale accidentelle. (*Annales des Maladies vénériennes*, août 1924).
- SIMON CLÉMENT. — Chancre professionnel de la conjonctive chez un médecin. (*Bull. Soc. fr. de Dermat. et Syph.*, avril 1925).
- SÉZARY. — La Syphilis. Encyclopédie médico-chirurgicale.
- TEPLIASCHIN. — Monatsehrifte für praktische dermatologie.
- WEISS. — Deux cas de syphilis professionnelle extragénitale. (*Bull. Soc. fr. Dermat. et Syph.*, février 1936).
- VILENSKI. — Chancre syphilitique de la langue.
- ZEISSLER. — Chancre de la cloison. (*Journal Amer. Med.*, mai 1927).
- YVERT. — Chancre de la paupière. (*La Normandie médicale*, oct. 1930).



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° °° **IMPRIMEURS-ÉDITEURS** °° °° °°

°° **42, QUAI GAILLETON, 42** °°

°° °° °° °° **LYON** °° °° °° °°



